

発達障害の理解と対応

—医療・福祉・教育・臨床心理の連携に向けて—

臨床心理学科教授 佐藤 益子

抄 録

2005年4月より、発達障害者支援法が施行されたことを機に、その対象となる自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥／多動性障害その他これに類する脳機能の障害を理解し、対応するための具体例を示し、医療・福祉・教育・臨床心理の連携

による治療チームの必要性を論じた。

キーワード 発達障害者支援法、広汎性発達障害、注意欠陥／多動性障害、障害への対応、治療チーム

I はじめに

2005年4月より、発達障害者支援法が施行され、医療、保健、福祉、教育及び労働等の分野において発達障害に関する専門的知識を有する人材の確保を規定し、従来の障害の程度等に応じ特別の場で指導を行う「特殊教育」から障害のある児童生徒一人一人の教育的ニーズに応じて適切な教育的支援を行う「特別支援教育」への転換が図られている⁽¹⁾。

特別支援教育では、従来の特殊教育の対象である視覚・聴覚・知的障害、肢体不自由、病弱虚弱の障害だけでなく、LD、ADHD、高機能自閉症などの軽度発達障害を含めて障害のある児童生徒の自立や社会参加に向けて、その一人一人の教育的ニーズを把握して、そのもてる力を高め、生活や学習上の困難を改善又は克服するために、適切な教育や指導を通じて必要な支援を行うものである。国連が提唱した国際障害者年（1981年）より4半世紀を経て、「障害」という言葉には、今なお社会的一致を見ていな

い。本来障害は個性に等しい内容として、個人の根底に備わった不可分の本質であるから、人間の本質が内包する豊かさをどう言語化できるのかが課題である。「障害」概念の変遷を見直し、一人の障害児（者）への関わりには、少なくとも医療・福祉・教育・臨床心理の専門職間の共通理解なくしては、弊害すら起こり得る。本稿の目的は、障害児（者）が人間らしく生きる権利を回復するための専門職・関連施設の連携システム構築に寄与することにある。

II 「障害」概念の変遷

1975年、国際連合「障害者の権利宣言」において、「障害者」という言葉は、先天的か否かにかかわらず、身体的または精神的能力の不全のために、通常の個人または社会生活に必要なことを確保することが、自分自身では完全にまたは部分的にできない人のことを意味していた。

1980年、WHO（世界保健機構）「国際障害分

類」(ICIDH: International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps)では、「障害」について3つの概念を規定した。すなわち 1)機能障害(心理的、生理的、解剖的な構造または機能の何らかの喪失または異常)、2)能力低下(人間として正常とみなされる方法や範囲で活動していく能力の—機能障害に起因して起こる—何らかの制限や欠如)、3)社会的不利(機能低下や能力低下の結果として、その個人にとって正常な役割を果たすことが制限されたり妨げられたりすること)である。

1981年、国連が提唱した国際障害者年は、当初は障害者のための(for)となっていたが、後に障害者の(of)年となった。「対象」としての障害者より「自己決定」の論理すなわち「本人主体」の思想へ、明確な転換が計られた。

さらに2001年WHOは、「国際障害分類第2版」(ICIDH-2)として国際機能分類(ICF: International Classification of Functioning, Disabilities and Handicaps)において、「障害」の考え方について積極的な捉え方を導入し、1)機能障害を機能・構造/機能・構造の変調、2)能力低下を活動/活動制限、3)社会的不利を参加/参加制約として、問題があるために否定的になる部分をそれぞれ変調・制限・制約と考えている。これまでの「ICIDH」が身体機能の障害による生活機能の障害という考え方が中心であったのに対し、ICFはこれらに環境因子という観点を加えて、例えばバリアフリー等の環境を評価できるように構成されている。

Ⅲ ICD-10とICF

WHOの国際分類では、健康状態(病気<疾病>、変調、傷害など)は主にICD-10(国際疾病分類第10版)⁽²⁾によって分類され、それは病因論的な枠組みに立ったものである。健康状態に関連する生活機能と障害はICFによって分

類される。従って、ICD-10とICFは相互補完的であり、利用者にはICD-10は、病気、変調やその他の健康状態の「診断」を提供し、それによる情報はICFによる生活機能についての付加情報によってより豊かなものになる。

Ⅳ 発達障害の現状と発達障害者支援法における発達障害の定義

発達障害は、1)人口に占める割合は、高いにもかかわらず、法制度もなく、制度の谷間になっており、従来の施策では十分な対応がなされていない、2)発達障害に関する専門家は少なく、地域における関係者の連携も不十分で支援体制が整っていない、3)家族は、地域での支援がなく大きな不安を抱かえているという現状があった。平成16年12月、発達障害の定義と法的な位置づけの確立、乳幼児期から成人期までの地域における一貫した支援の促進、専門家の確保と関係者の緊密な連携の確保、子育てに対する国民の不安の軽減を理由として、発達障害者支援法が決議された。2005年4月には「発達障害者支援法」の施行通知が出され、同法第2条第1項において「発達障害」の定義について、「自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥/多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるものをいう」とされており、同項の政令で定める障害には言語の障害、協調運動の障害その他厚生労働省令で定める障害が含まれている⁽¹⁾。発達障害者支援法の対象となる障害は、脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもののうち、前述のICD-10⁽²⁾における「心理的発達の障害(F80-F89)」および「小児<児童>期および青年期に通常発症する行動及び情緒の障害(F90-F98)」に含まれる障害(表1)の範囲である。

表 1 発達障害支援法の対象となる障害

ICD-10	F80－F89	心理的発達の障害
	F80	会話および言語の特異的発達障害
	F81	学力〔学習能力〕の特異的発達障害
	F82	運動機能の特異的発達障害
	F83	混合性特異的発達障害
	F84	広汎性発達障害
	F88	他の心理的発達の障害
	F89	特定不能の心理的発達の障害

ICD-10	F90－F98	小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
	F90	多動性障害
	F91	行為障害
	F92	行為および情緒の混合性障害
	F93	小児期に特異的に発症する情緒障害
	F94	小児期および青年期に特異的に発症する社会的機能の障害
	F95	チック障害
	F98	通常小児期および青年期に発症する他の行動および情緒の障害

幼稚園以降に自閉症スペクトラムと診断された子どもたちの中には、それ以前に注意欠陥／多動性障害と診断されていた子どもが多くある。アスペルガー症候群と高機能自閉症にしばしば併発する他の障害として、不安障害、注意欠陥／多動性障害、うつ病、トウレット症候群（突然すばやく繰り返される動きまたは音）があり、併存症に対する治療が必要な場合もある。しかしながら、アスペルガー症

V 広汎性発達障害の理解と対応

1 広汎性発達障害（PDD）の診断

DSM-IVとICD-10の広汎性発達障害診断の比較は、図に示すとおりであり、広汎性発達障害（PDD）とは、DSM-IVによると ①自閉性障害（表2）②アスペルガー障害 ③特定不能のPDD（ICD-10の非定形自閉症—小児自閉症の診断基準を満たすほど症状が多くないか、発症年齢が3歳以後か、その両方のPDD）④レット障害 ⑤小児期崩壊性障害（表3）の総称である⁽⁴⁾。

診断についてS・オゾノフら⁽⁵⁾によると、幼

候群と高機能自閉症の子どもも人の話を聞かず、邪魔をし、指示や順番に従うことが困難なことがあるのは、社会的状況を読み取り、その場合どのような行動が受け入れられるかが理解できない理由からである。簡素化の法則に従い、他の明らかに重複する診断を除外すべきである。DSM-IVでは常に、自閉性障害の診断をアスペルガー障害の診断より優先する。すなわちアスペルガー障害と診断された子どもは自閉性障害の基準に合わない点がある。

2 PDDの症状

内的世界と対人関係の特徴より、このうち ①自閉性障害、②アスペルガー障害、③特定不能のPDDは高機能広汎性発達障害とされ、IQ70以上（狭義の高機能PDDはIQ85以上）で感覚感受性と対人関係の特徴により3類型がある。すなわち、a.孤立型（選択的注意障害からくる感覚過敏で知能が低い）、b.受

DSM-IV	ICD-10
自閉性障害	小児自閉症
レット障害	レット症候群
小児期崩壊性障害	他の小児期崩壊性障害
アスペルガー障害	アスペルガー症候群
特定不能の広汎性発達障害	非定形自閉症
	— 精神遅滞と常同運動を伴う過動性障害
	— 他の広汎性発達障害
	— 特定不能の広汎性発達障害

図 DSM-IVとICD-10の広汎性発達障害単位障害

表2 DSM-IVの自閉性障害の診断基準（要約）

- A. 少なくとも(1)から2項、(2)と(3)から各1項、(1)、(2)、(3)から計6項目以上該当：
- (1) 以下の2項以上で示される対人的相互作用の質的障害：
 - (a) 視線、表情、姿勢やジェスチャーを対人的相互作用の統制に使用することの著しい障害
 - (b) 発達水準相応の友達関係をつくれない
 - (c) 喜び、興味または達成したことを他人と分かち合うことを求めない
 - (d) 対人的または情緒的な相互性の欠如
 - (2) 以下の1項以上で示されるコミュニケーションの質的障害：
 - (a) 言葉の発達の遅れまたは欠如（ジェスチャーや身振りで補われない）
 - (b) 適切な言葉を有していても、他人と会話を開始ないし維持できない
 - (c) 常同的で反復的な言語の使用または特異な言語
 - (d) 発達水準に相応した、自発的なごっこ遊びや模倣遊びの欠如
 - (3) 以下の1項以上で示される制限された反復的で常同的な行動、興味、活動：
 - (a) 1つ以上の常同的で制限された、程度や対象が異常な興味を伴うこだわり
 - (b) 特定の機能的でない日課や儀式への明白に柔軟性のない執着
 - (c) 常同的で反復的な運動（手や指のひらひら、体全体の複雑な運動など）
 - (d) 物の一部への持続的なこだわり
- B. 3歳以前から遅れや機能異常が、以下の領域の少なくとも1つにある：
- ①対人的相互関係、②対人的コミュニケーションに用いられる言語、③象徴的または想像的遊び
- C. この障害は、レット障害や小児期崩壊性障害で、よりよく説明されない

表3 DSM-IVの小児期崩壊性障害の診断基準（要約）

- A. 年齢相応の言語的、非言語的コミュニケーション、対人的関係、遊び、および適応行動で示される、少なくとも生後2年間の正常な発達：
- B. 以下の2領域以上で10歳以前に獲得した技能の喪失：
- (1) 表出性または受容性言語
 - (2) 対人的技能または適応行動
 - (3) 排便または排尿の統制
 - (4) 遊び
 - (5) 運動技能
- C. 以下の2領域以上での機能の異常：
- (1) 対人的相互作用の質的障害
 - (2) コミュニケーションの質的障害
 - (3) 運動の常同や衝動性を含む、制限された、反復的で、常同的な、行動、興味および活動のパターン
- D. 他の広汎性発達障害や精神分裂病で説明されない

動型（アスペルガー障害ではこのタイプが圧倒的に多く、10歳を過ぎると過敏性や多動性が減少し安定就労が多い）、c. 積極奇異型（高知能で感覚敏感型）である。

① 自閉性障害の症状と症例

中核症状は、「コミュニケーションを含む対人的相互性の障害」と「強迫的で限局された精

神活動や行動の様式」であるが、付随して現れやすい症状として、ステレオタイプ、自傷、パニック、感覚過敏などがある。これらの症状に対し、成長過程で二次的に身につけてしまった反応や行動により新たな不適応を生じ、ある場面が困惑・不快・恐怖として体験され、その結果、類似場面に遭遇するごとに決まった反応・

回避・不穏化を示すようになる。やがて青年期には、高機能自閉症者の一部では、良好な適応で高度な社会参入を果たす場合と、不適応や被害体験などの結果、抑うつ状態や幻聴などの精神症状を合併することがある。

責任病巣として、前頭葉機能が他の部分と調和していないことおよび内側側頭葉、小脳扁桃、海馬の損傷で、感情の表現や社会性の欠如が指摘されているが、従来の単一脳・行動連関モデルよりかなり広範囲に及ぶと考えられており⁽⁶⁾、結論は得られていない。今後脳機能の遺伝子解析により、治療の進展が期待される。

症 例 9 歳 5 か 月 男 児

生育暦；父親短気・神経症のため、母親本児妊娠7か月の時、離婚。満期出産。1歳過ぎより言語発達の遅れ・他傷が見られ、保育園でも集団不適応、他児への攻撃行動があった。年中組より登園嫌がり、在宅で過ごす。小学校は普通学級で入学したが、不適応を起こし、2学期より育成学級に移る。5歳10か月で某児童療育センター受診。約半年後より、興奮、衝動性、不安、感覚過敏、睡眠障害などの症状に対し、リスパダール、パキシル、ヒルナミン、レキソタン、リタリンなどの薬物使用されるも著効なし。対人コミュニケーションは一方的で、会話を維持できない。興奮し易く、衝動的で攻撃性あり。8歳5か月時の新版K式発達検査（2001）では、総発達年齢：5歳2か月（DQ＝61）、認知適応：4歳6か月（DQ＝53）、言語社会：5歳9か月（DQ＝68）であった。質問を最後まで聞かずに答えたり、衝動のコントロールが困難、認知面では描画の模写は抵抗なく取り組めるが、その他の模写は注意の持続が困難であった。

療育センター精神科より、軽度精神発達遅滞・ADHD・LD・自閉性障害・非定型アスペルガー症候群の診断名が付されて著者の外

来に紹介された。睡眠障害が継続しており、診察室より飛び出し、看護師が追いかけると、内より施錠し入室できなくするなど、衝動コントロールが困難であった。自閉性障害の診断基準よりA(1)対人的相互作用の質的障害(b)発達の水準に相応した仲間関係を作れない、(d)対人的または情緒的相互性の欠如、A(2)意思伝達の質的な障害 (b)他人と会話を継続する能力の障害、A(3)行動、興味及び活動の限定 (a)異常なほど、常同的で限定された型の興味だけに熱中する（特定のミニカーと絵本）に該当した。

対 応；福祉施設、療育機関、学校との連携のもとに病院での作業療法を開始した。当初言語聴覚士を爪で引っ掻くといった攻撃行動も出たが、現在は大人と1対1の安定した関係のなかで、困難であった文字を書くこと、目と手の協応や動作模倣などの認知学習が可能となっている。

今後の課題は、適応行動の獲得に向けて、対人意識を育てるために、問題行動に対し無視、叱る、楽しみを他に経験させることで減少させることにより、社会適応を広げることである。また、本児の母親が、腎盂炎で入院するなど一般健康児の母親に比べ、情緒・精神・身体的サポートを必要としており、他の兄弟（本例では姉も不登校）、友人関係への影響を配慮した家族支援も重要な課題である。

② アスペルガー障害の症状と診断

最も高機能のPDDである。他のPDDとは異なり、早期の認知・行動発達に遅れはない。多くの例でIQは正常範囲（85以上）で、保育園や幼稚園などに参加してからかわりの乏しさに気づかれる。年長になっても対人関係・社会性の障害や執着的傾向が持続する。

アスペルガー障害の診断は、3歳前には何の困難も見られない他、自閉性障害の6つの症状

を満たしていない場合につけられる。

③ 特定不能の広汎性発達障害（PDD-NOS）の症状と診断

PDD-NOSの症状は、自閉性障害診断の中、「コミュニケーションにおける質的障害」の中から1つ、「反復的で限定的な行動」から1つみられるのみで、自閉性障害・アスペルガー障害の診断基準を満たさない時、「非定型自閉症」として考えるのが適切と言える。例えば他者との関わりあいに明らかな問題があり、さらにコミュニケーション問題か反復動作のいずれかが認められる場合などである。診断は、PDDの定義に該当するが、図の基本4障害に該当しないもののすべてをDSM-IVは特定不能のPDD（PDD-NOS）としている。

④ Rett障害の症状と診断

胎生期より生後5か月間の頭囲・精神運動発達正常であるが、生後5～30か月の間に獲得した目的ある手の機能を失い、手を絞るか洗うような常同的な手の運動が出現する。

生後6か月から1～2歳までの間にかけて、頭囲成長が減速し、他者や社会的相互作用への関心を失い始める。重度な精神運動発達遅滞を伴う表出・受容の言語障害が発症する。精神発達退行を生じる最も重症なPDDで女兒のみに出現する。合併症として、多動（幼児期に著しく、加齢と共に落ち着く）、不器用（発達性協調運動障害）、常同行動（手揉み、口に手を入れる、歯軋りなど）、てんかん（10～20%）、知能（正常～中等度）、感情障害（年長にうつ病、躁鬱病）などがある。生命予後は不良でないが、年長になると低身長が目立ち、幼児期の低筋緊張による失調歩行は加齢とともに筋強剛が目立つ。まれに家族例でX染色体長腕端部に責任遺伝子の可能性が示唆されている。

⑤ 小児期崩壊性障害の症状と診断

少なくとも2歳までの精神発達は正常だが、2～5歳頃に有意味語を失い対人反応の障害、

執着傾向、常同行動が出現するが、Rett障害に典型的な手もみ運動は見られない。男女いずれにも起る可能性はあるが男児にはるかに多い。精神発達退行が6か月程で終了、後持続する。

診断はDSM-IVの診断基準（表3）による。一部には遺伝変性疾患が含まれる可能性がある。

3 PDDの療育

PDDの療育モデルと援助ニーズの最終目標は社会性を伸ばすことにある。わが国における療育法開拓の努力が個人レベルで行われることが多く、治療プログラムの客観的有効性が検討課題である。現行の主な療育モデルを挙げる。

① 感覚統合療法⁽⁷⁾（TEACCHプログラムにあるように、活動の見通しを持てるようにする）
感覚統合療法の目的：感覚入力のコントロールを通して適応反応を誘発する。

具体的目標：重力不安の軽減、前庭感覚および体性感覚入力の登録及び処理過程の正常化、身体図式の発達促進、運動企画の改善、身体両側性統合の改善、触覚防衛反応の軽減、視覚的空間・形態知覚の改善、聴覚言語機能の改善、読み・書き・計算などの学習の改善、情緒および社会性に関する成熟の改善（作業療法士の項参照）

② 言語療法（概念形成や操作を通じ、コミュニケーション能力を高める：言語聴覚士の項参照）

③ ソーシャルスキル訓練（Social Skill Training：こだわり、パニックに対し、一度共感的に「それはつらいね」などと受け止め、「今日はこれを我慢する」など事前に約束しておく）
変化に混乱するので、こだわりへの対応は一貫する（よい状態のとき、可能な範囲で別の社会的行動に誘導し、有効な場合がある）。

④ 発達論的療育：治療の対象となることは注意力、生活技能、言葉、遊びへの参加、パニック防止、対人スキル、勉強など様々であるが、

米国最前線の療育プログラムとして、サーツモデルすなわち「交流型“対人・コミュニケーション・情動安定”支援モデル」が生まれた⁽⁸⁾。これは、体系的療育プログラムである応用行動分析（ABA：Applied Behavior Analysis）に、発達論的療育論を加えたものである。発達論的アプローチは、第1にコミュニケーション能力を常に相互作用ベースで（発達上重要な日常生活で自然に生じる対人状況）、第2に子どもの意思伝達行為を一度すべて受け入れる。内容によっては“拒絶”で応じることもあるが“条件つき受け入れ”を基本とする、第3に“非指示的－動因促進型”（治療者によるトピックの選択や行動指示は子どもを貧困化する）、第4に外界からの対人的情報を子どもの能力に合わせて供給する、第5に実際の対人状況で発せられるメッセージが理解できるようになるため、人為的シナリオでなく同じ一つの目的に向けての共同作業のような実地の交流イベントの中で交わされる意思伝達に重点をおく交流型支援である。さらに、交流に依拠しつつ確実に効果的学習を実現化する技術や体系的戦略の必要性が認識されるようになり、サーツモデルのねらいは、「動機づけに裏打ちされた意思伝達様式の獲得が知的発達と情動調整力を同時に育む」という子ども本来の成長プロセスを促すことである。

「サーツモデルの特色」

1. 言語表出の形式的側面ではなく、表出行動の背後にある意図の“自己産出性”ないし“自己動機づけ”の程度を評価し、個々の子どもに対し、より洗練されたプランを考案している。
2. 情動の安定性と自己調整力是对人的能力のみならず問題解決能力をはじめとする認知機能の発達に影響を及ぼすという視点である。

以上の視点より、対応の原則をあげると次のようである。

1. 真の長所と驚異的な記憶力などの生まれながらの才能生かす、2. 長所となり得る個性的な行動、3. 大人といふことで得られる満足と適合性にある。

アスペルガー症候群の療育では、家族にとって、流暢な意思伝達能力にもかかわらず依然として本人に降りかかる対人性の問題が深刻であるであるため、基本的障害は厳しく存続するという事実の認識が重要であり、療育の効果を過大評価しない。

VI 注意欠陥／多動性障害の理解と対応

① 症 状

中心となるのは、注意力障害、多動性、衝動性の3症状。二次的には、社会的および心理特性の問題がある。具体的には、集団の決まりからはずれる行動を反復し、対人関係の失敗から自尊心低下、自信喪失、対人緊張などである。知的には多くはIQ70以上であるが、認知能力のアンバランスを認める。言語面では理解力はあるが表出能力が劣る。発達性協調運動障害は、不器用さ、バランスの悪さとして現れ、学習障害の合併が30-40%に出現する。反抗挑戦性障害・行為障害の合併は50-60%、不安障害の合併は25-40%、気分障害の合併は15-75%、その他不登校、反社会性人格障害などの合併症が見られる。ADHDの注意を逸らせるものに、高機能自閉症やアスペルガー症候群の子どもたちの気持ちが向くことはない。かれら自身の内的世界、思考、関心が注意を引くところで他の診断を除外する必要がある。

しかし並存する障害（共存症 comorbidity）の治療も必要である。身体所見では特別のものは認めないが、神経学的徴候（soft neurological signs）が高率に見られる。頭部MRIにより

前頭葉や線状体の縮小傾向が指摘されている。注意力障害、多動性、衝動性の中心症状は、成長とともに自然に改善する傾向があるが、脳の機能障害に基づく精神的合併症が問題となる。

② 診断

DSM-IVの診断基準を表4に示す。

③ 症 例 8歳 女児

生育歴：吸引分娩、出生時体重2316gr。母親は、おっぱいを上手く吸えず、あまり寝ないよく

泣く子だったと言う。乳児期の身体発育・運動発達 は正常、初語1歳2ヵ月。

経 過；健診はいつも大泣き・大騒ぎ、2～3歳も人見知り激しく、「友達トラブル」激化。幼稚園年少入園式翌日より、登園バスは泣きながら乗り、初日は教室に入らず一人廊下から見ていた。遠足の時レジャーシートに蟻が乗りパニック、誕生日に手形取りの墨塗りを怖がる。夏休みに室内の床で転び、利き腕の

表4 注意欠陥／多動性障害の診断基準（DSM-IV）

A. (1)か(2)のどちらか：

(1) 以下の不注意の症状のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6ヵ月以上続いたことがあり、その程度は不適応的で、発達の水準に相応しないもの：

不注意

- (a) 学業、仕事、またはその他の活動において、しばしば綿密に注意することができない、または不注意な過ちをおかす。
- (b) 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である。
- (c) 直接話しかけられた時にしばしば聞いていないようにみえる。
- (d) しばしば指示に従えず、学業、用事、または職場での義務をやり遂げることができない（反抗的な行動または指示を理解できないためではなく）。
- (e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である。
- (f) (学業や宿題のような) 精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける、嫌う、またはいやいや行う。
- (g) (例えば、おもちゃ、学校の宿題、鉛筆、本、道具など) 課題や活動に必要なものをしばしばなくす。
- (h) しばしば外からの刺激によって容易に注意をそらされる。
- (i) しばしば毎日の活動を忘れてしまう。

(2) 以下の多動性－衝動性の症状のうち6つ（またはそれ以上）が少なくとも6ヵ月以上持続したことがあり、その程度は不適応的で、発達水準に相応しない：

多動性

- (a) しばしば手足をそわそわと動かし、またはいすの上でもじもじする。
- (b) しばしば教室や、その他、座っていることを要求される状況で席を離れる。
- (c) しばしば、不適切な状況で、余計に走り回ったり高い所へ上ったりする（青年または成人では落ち着かない感じの自覚のみに限られるかもしれない）。
- (d) しばしば静かに遊んだり余暇活動につくことができない。
- (e) しばしば“じっとしていない”またはまるで“エンジンで動かされるように”行動する。
- (f) しばしばしゃべりすぎる。

衝動性

- (g) しばしば質問が終わる前にだし抜けに答えてしまう。
- (h) しばしば順番を待つことが困難である。
- (i) しばしば他人を妨害し、邪魔する（例えば、会話やゲームに干渉する）。

B. 多動性－衝動性または不注意の症状のいくつかが7歳未満に存在し、障害を引き起こしている。

C. これらの症状による障害が2つ以上の状況において（例えば、学校〔または仕事〕と家庭）存在する。

D. 社会的、学業的または職業的機能において、臨床的に著しい障害が存在するという明確な証拠が存在しなければならない。

E. その症状は広汎性発達障害、精神分裂病、またはその他の精神病的障害の経過中にのみ起こるものではなく、他の精神疾患（例えば、気分障害、不安障害、解離性障害、または人格障害）ではうまく説明されない。

左前腕骨折。年中組では言葉で上手く表現できず喧嘩で泣かされ、先生の指示に従えない・ルールを守れない悪者にされた。ちょっとしたことでパニック(ウンチが詰まって出ない)が頻繁にあった。年長組では、言葉数が多いが意味がわからなかったり、「てんぷら」を「さんぷら」と言い違えたりした。運動面で、「皆はトライアングルのてっぺんに立ってこのほり触れたのに私はできなかった」と大泣きしていた。小学校の担任の先生より、学校では授業中「ボー」とする・集中力が持続しない・身のこなしが不器用・体育の鉄棒などは、補佐の先生がつきっきりで教えていたが、クラスの最後までできずパニックになる・「シャボン玉のフタが開かない」と大泣きすると伺った。

診断；上記の学校、家庭における行動観察および小児神経発達学的診察・聴力検査にWISC-Ⅲ・Bender Geshultalt視覚運動機能テスト・樹木画・人物画・ITPA言語学習能力検査など心理分野を含めた総合診断を行うと、第1に、不器用・スポーツが下手で、発達の里程標の著明な遅れがあり、学校や日常生活を妨害していることを併せ発達性協調運動障害が認められる。第2は、WISC-Ⅲの結果(FIQ111, VIQ110, PIQ111)および数唱問題・ITPA符号問題の不良より、自閉症を除外し、ADHDの不注意優勢型と診断した。

療育；病院における家族への病名告知と「できなさ」感を軽減する環境調整と心の支援、感覚統合療法、地域との連携のため、児童相談所・発達支援センター・民間の学習サポートプログラムなどチームによる総合療育に入る。

④ 対応と療育

最終目標：自尊心の回復・維持

具体的目標：崩壊性行動のコントロール、情緒の安定、学力の保証、対人関係技能の改善、合併症への対応。

<崩壊性行動のコントロール> 1.外部からのコントロール (a 薬物療法：注意欠陥・多動にはmethylphenidate, 衝動性にはcarbamazepin/haloperidol, b 行動療法：ペアレントトレーニング⁽⁹⁾・SST⁽¹⁰⁾ — 家族・教師の行動統制方法の助言・指導として、注意欠陥には不要刺激の除去、時間の統制には課題時間の限定や内容の交換、多動には活動エネルギーの発散、衝動性には患児の希望聴取と具体的行動指示と保護者・教師の対応スキル訓練、すなわち家族や学校での適応効果を持続するには、子どもの自己達成感、self esteemの向上をはかり、子ども自身の対人関係技能の改善につなぐ。SSTの効果を、客観的評価(意見をいうルールを守るなどの改善)、自己評価が客観的評価に近づく、獲得した対人行動スキルと自己効力感が半年後にも持続することを確認する。2.自己コントロール(a 自己の衝動性・攻撃性への気づき b 相手の感情変化への気づき c 援助要請行動の獲得)

<情緒の安定化> 1.基本は受容と共感であるが、とくに共感的理解が大切である。単なる相づちだけでなく、「そう、つらいんだ」2.自尊心を高めることばを、子どもが自分のことを理解しようとしてくれていると感じるよう 3.一緒に過ごす時間を確保し、共有 4.できたところを評価し、ほめる 5.注意・叱責は、回数少なく、強く短く、具体的な代替行動の提示。

<学力保証> 1.得意な学習中心に、不得意な学習は限度設定し、できたところを絶対評価でほめる対応 2.a 困難領域の学習支援は、問題を検討し、学力の確認、誤り方の整理・分析 b 得意領域の特徴整理・分析 c 具体的指導計画の作成(個別教育計画) 3.学習障害への対応は、数学や視覚・空間的認知障害および書字に困難があるが、言語能力による活動はうまく機能する 4.普通教室か特

別支援教育かは、学年レベルの能力をもち、挑戦的な行動がなければ、普通教室での教育で効果が上がる。普通教室で特別な教育サービスを受けることも可能である。教育的ニーズについて、両親と学校の先生・校長先生が協力を惜しまない。

＜特定の感覚へのこだわりには＞ 感覚の脱感作、認知レベルの異常には認知改善、不器用さや発達性協調運動障害には感覚統合訓練。

Ⅶ 障害児を取り巻く環境・社会的療育システム構築

1 早期療育と施設連携

①早期療育のあり方：発達障害児のほとんどが一部の軽症例を除いて、保健所の4か月健診か1歳6か月健診までに把握され、早期療育は特別なものではない。しかし疾患が特定されないと障害の受容が困難な場合があり、保健所や医療機関との連携が重要である。

②療育開始後の問題：重複障害児の発達に合わせた多様な療育ルートを保証するために、医療機関だけでなく多種の障害児施設と連携できる能力が求められている。

③就学時の問題：障害の重度化・重複化が就学形態の選択を困難にする場合がある。個々の教育ニーズの適切な評価・保護者への説明と同意・学校との連携による情報交換などが必要である。

2 学校環境

教育支援の現状；①個別の指導計画（1999年3月29日告示：（5）重複障害者の指導に当たっては、個々の児童または生徒の実態を的確に把握し、個別の指導計画を作成すること。（6）開かれた学校づくりを進めるため、地域や学校の実態に応じ、家庭や地域の人々の協力を得るなど家庭や地域社会との連携を深め

ること。）

②個別教育計画（1986年修正の全障害児教育法：障害児の誕生から3歳未満の障害児を持つ家族の心的動揺やニーズに対するサービスを行う。1990年修正障害児教育法：学校生活から社会生活への移行に、個別移行計画が作られ、16歳以上の障害児に対して学校教育終了間近からネットワークの途切れを防ぐ。）

③特殊教育から特別支援教育への転換により、1）「個別的教育支援計画」の策定、実施、評価（「Plan-Do-See」のプロセス）2）特別支援教育コーディネーター（教師等）を学校に置く 3）広域特別支援連絡協議会等、地域における教育、福祉、医療などの関係機関の連携協力 4）専門家による巡回相談 5）通常学級での軽度発達障害児への支援体制の構築などのモデル事業が実施されている。

課題；ADHD、LD、高機能自閉症を対象とする軽度発達障害児の特別支援教育は、2003年3月文科省より「今後の特別支援教育の在り方」について（最終報告）が公表され、2007年度中をめどに支援体制の構築を目指すこととされている。現行の特殊教育に比べ学校内外の連携を強化し、通常学級での軽度発達障害児の教育支援に向けて、教師一人による支援からチーム（システム）による支援のあり方が重要となる。

3 医療機関、療育機関

障害を持つ人の「全人間的復権」がリハビリテーションである。とりわけ小児療育は、生涯障害を抱かえる子どもたちが、障害、障害児、家族の多様性と生涯発達の長期展望のもとに、住み慣れた地域で安心して生活を送ることを最終目標としている。そのためには、地域の保健・福祉・教育等の関連する療育機関とともに総合的・多角的に連携したシステム構築の提供が重要である。

4 障害児療育の連携のために

① 作業療法士の役割

作業療法士は、小児、成人、高齢者の急性期、回復期、維持期にわたる各疾患、障害の機能障害レベル、能力障害レベル、社会的不利に対して働きかけることができる。小児の作業療法の治療概念の一つとして、感覚統合療法を導入する臨床が増えた。

注意集中困難、多動、不器用などの背景に感覚統合障害を予測し、「あそび」という作業を通じて脳の組織化を促進することが理論の根幹をなす。すなわち感覚運動体験をセラピストとの相互作用によりあそびを体験し、環境に主体的にかかわる中で適応反応を誘発することが発達の援助になるものである。

② 言語聴覚士の役割

言語療法は、1)現症の記述(データ収集);生育/既往歴、各種言語検査の実施、医学・社会・心理情報 2)評価・診断(仮説の設定);1)の情報を総合的に検討し、言語障害の種類と重症度を判断 3)治療(仮説の検証);障害者本人に対する働きかけ、環境面への働きかけ、関係要因の管理などを患者のニーズに応じ同時並行的に行う。4)再評価(仮説の検証/修正)治療開始後一定期間(通常3か月)において、1)の検査を同一条件下で実施し、結果を当初の治療目標と照合する。目標が達成されてれば治療終了とし、ニーズに応じた社会復帰への手立てを講じる。目標に達していない場合はその原因を探り、治療方針を修正して再び治療活動に移る。

③ 臨床心理士の役割

チーム・アプローチを目指す療育では、心理士の役割は心理検査だけでなく、面接や行動観察を含めた総合的視点から、患者の心理面の特徴を的確に捉え、リハビリテーション・プランの策定やプログラムの実行に有用な情報を提供することが求められる。さらに、リハビリテ

ーションの過程で生じる心理的問題について、患者・家族・スタッフを含め、その解決を支援する役割も期待される。

心理評価;障害レベルに対応した患者の心理的障壁の特徴を分析し、療育の障壁となりうる要因を推定し、患者の障害に対する認識とリハビリテーションに望むことを明らかにする。

個別援助技術(ケースワーク);目的は、対象者(クライアント)に固有な心理・社会の生活領域に重点をおいて、心理的対応を行ない、より適切な社会福祉サービスを提供することにある。援助を求めるクライアントの人格的環境に適切に対処するための7つの留意事項が提唱されている⁽¹¹⁾。すなわち 1)個人の生活史にそってクライアントの価値観や生き方を尊重し、その人に最適の援助実現に心掛ける 2)クライアントに余分な緊張を与えず、自然と楽に感情表現できるよう働きかける 3)個人的な感情をコントロールしつつ、クライアントの気持ちを好意的に受け止める 4)ケースワーカー自身の価値観で判断せず、ありのままの姿・人格を一貫して受け入れる 5)ワーカー自身の価値観や道徳観でクライアントの行動や態度を非難したり、自分の価値観を押し付けたり、裁かない 6)最終的な意思決定はクライアント自身にゆだねる 7)クライアントとの間に信頼関係を築き、維持する上で明らかにした秘密や情報は口外しないことである。

集団的援助技術(グループワーク);グループ主体の援助活動で、「自助」(self-help)の精神に基づく活動である。グループワークとは、任意的集団を通して、個人の成長と社会的適応を図る教育的課程であり、同時に社会的に望ましい諸目標を拡充する手段として、この集団を活用するものである。

VIII 障害児の家族支援

1 親の障害受容

障害児を持つ親の障害受容過程に関して、代表的な二つの理論すなわち、段階説と慢性的悲嘆説がある。Drotarらによる段階説は、①ショック期、②否認、③悲しみ、④適応、⑤受容へと進むが、移行は必ずしもスムーズではない。Olshanskyは、楽観的過ぎる障害受容の段階説に異論を唱え、ほとんどの精神遅滞の親の悲しみは一生継続くものであり、親に具体的な援助を行い、それによって両親の困難を減じる手助けが必要としている。とりわけ、高機能広汎性発達障害では、親が障害を容易に理解できず、言葉があるのに人とのやり取りが困難で、変わったことに興味を示すが、いかにも聡明そうな特徴をもっている。子どもの年齢が低いほど子どもの障害を受容できない親の心理を治療者が理解せずして親への支援は成り立たない。診断名告知に際しては、まず両親の告知への方針が一致した後に子どもへの告知を行う。告知後の療育の連携が確保されていることが重要な課題である。

2 診断名告知と子どもの自己認知の5段階⁽¹²⁾

子どもの自己認知の5段階は、A. 具体的な困難に対応する技術を持つ段階、B. 自分の特性に名前がつくと知る段階、C. 情報を主体的に活用してみる段階、D. 他の軽度発達障害の子どもを知る段階、E. 改めて自分を肯定的に捉えなおす段階である。

A段階では、具体的なトラブルへの対処方法を教え実践させるが、やりようはあるという実感・長所でもあるという実感を、毎日の生活のなかで、個々の具体的事柄に関して積み重ねていくことが軽度発達障害への医学心理学的教育の基盤をなすものである。この段階では診断名の告知は必要としない。

B段階では、自分の特性には名前がつくと知

らせる段階である。これが診断名告知である。子どもは自分の特性には名前がつくと知ること、自分だけではない・自分のせいではないと感じる。診断名告知は罪悪感からの開放や安堵をもたらす第1のメリットがある。また診断名を知ることで、不快感やトラブルといった具体的事象としてのみ認識していた体験を「特性」として整理できる。知識により個々の体験の類似性を把握することは、自分の反応（行動）を予測したり、納得する上で助けになる。診断名告知の第2のメリットである。

C段階にある子どもは自分から情報を集めるようになることも多く、自身で情報を入手したことへの誇りと満足を味わう。ただし、当事者として情報を発信することの喜びの大きさを認識することは、そのリスクを認識することでもある。相手の見えない状況で情報を発信することはそのリスクを強調する。

D段階で、他の軽度発達障害の子どもと出会うことにより、診断名はより確実に子どもの自己認知に役立つ。他の子どもたちに出会うことで、一人ではなかったという実感を持ち、「似ている」、「違う」といったさまざまな認識をもつ。診断名を手に入れた安堵や喜びが一段落した後にはidentityの揺れを感じる。また、他の子どもたちに出会うことはピア・カウンセリング的要素（安心・共感）があるが、一方、類似性ゆえの不快感や衝突にも注意が必要である。

E段階において、子どもは「かけがいのない自分」への認識を深め、肯定的な気持ちで新たな技術向上に取り組み、identityの確立が到達点である。

3 障害児の精神的問題と社会的問題

障害児の精神的問題は、療育を継続するうえで重要であり、家族支援の大きな割合を占める。障害の診断、予後、治療および育児を含む社会的支援をよく理解してもらう。適当な年齢に達

したら、障害児自身もカウンセリングに加える。教育・職業訓練ほか様々な人生の経験の機会は、同世代の青年と同様、情緒・個性・社会性の発達に必要である。これらの精神的・社会的行動は家族との相互作用から出発し、社会で成人として自立するうえで必要不可欠である。

4 障害の経過と予後

障害の程度と将来の機能予測を過去のデータに基づき、障害児と親に伝える。障害児の就学は、普通学校でのインクルージョン教育、身障学級、養護学校など全員就学が定着し、いずれの学校でも高等学校を卒業することができる。障害者雇用については、就職率20-50%、失業率は約30%と報告されている。学校の粘り強い進路指導、家族の強い援助、障害者の意志決定がよりよい就職の獲得に繋がる。

5 障害児をもつ家族支援の実際

1)障害児の療育指導法は、①単純明快で、誰にも理解しやすい、②実行可能なもの、③子どもの発達に着実な効果が目に見えるものであることが原則である。

2)親指導の実際

① 家庭での挑発的な行動の理解；a 何を伝えたいか、b 環境を変えて伝える必要性をへらす、c より適切な方法で伝える方法を考える、d その方法を練習する、e その方法が有効であることを確認できるよう褒めを、f 挑発的な行動が有効でないことを確実にする。

② 好ましい躰方法；a 具体的な一連の約束を設定し、一貫して守らせる、b 書き記すか絵・写真を用いて説明することで、求められていることを確実にわかるようにする、c 何をしたらよいと褒めて覚えさせる、d 朝と夕方の習慣を確立する、e 好きでない活動をやり遂げた

ら、好きな活動を、f 明確なルールを設定することで、非生産的なことに夢中になる時間を制限する。

③ きょうだいへの対応；何よりも誠実であること、正しい知識を伝えること、そして率直であることが重要な原則である。

④ 友だち関係；まず学校の友だちを家に招き、障害のあるきょうだいに会ってもらうことが役に立つ。そして障害のないきょうだいの友だちやすべての子どもたちが一緒に触れ合うことができる時間を作ると同時に障害のないきょうだいが自分の友だちとだけ一緒にいられる時間も確保する。

3)自立を高めるための手段

自己健康管理ができず肥満、知覚鈍麻による外傷ほか体調不良による自傷・パニック、丸のみ・異食などにも注意を要する。問題行動・不眠に対し、向精神薬（ハロペリドール、抗うつ薬、抗てんかん薬など）を用いる。

4)社会生活技能の指導

保育園、幼稚園、学校、作業所では、保育士、教師、指導員の指示に素直に従い、問題行動を示さなくても、集団の場のストレスを家に帰り発散することがある。SST (Social Skill Training)の自己効力感が持続することを確認する。

IX まとめ

障害児の人間性回復には、医師、心理・その他の専門家、先生、両親と家族、地域と社会のすべての人が障害を理解することに始まり、治療チームをつくりお互いの役割分担を決め、チームリーダーのもとに連携をとりながら関わることにより、有効性が期待できる。

【注】

- (1) 大塚 晃 (2005) 発達障害者支援法の成立に関して 発達障害研究27: 87-94
- (2) 中根 充文、岡崎 祐士、藤原 妙子 訳 (1994) World Health Organization ICD-10 精神及び行動の障害: DCR 研究用診断基準 医学書院
- (3) 高橋 三郎・大野 裕・染谷 俊幸 (2002) DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院
- (4) 栗田 広 (2001) 広汎性発達障害 小児科42: 1927-32
- (5) オゾノフ・S 他著 田中康雄他訳 (2004) みんなで学ぶアスペルガー症候群と高機能自閉症 星和書店
- (6) 内田一成 (2005) 広汎性発達障害の症状形成メカニズムに関する比較研究 心理臨床学研究 23: 108-17
- (7) 佐藤 剛・土田 玲子・小野 昭男 (1996) みんなの感覚統合 その理論と実践 パシフィックサプライ
- (8) 十一元三 (2003) 自閉症の治療・療育研究最前線 —最近のアメリカにおける自閉症療育の動向— そだちの科学 No.1
- (9) 上林 靖子・斉藤 万比古・小枝 達也・井上 とも子 他 (2004) こころのライブラリー (9) ADHD (注意欠陥/多動性障害) —治療・援助法の確立を目指して— 星和書店
- (10) 岩坂 英巳 (2005) 児童精神科からみたAD/HDへの心理社会的治療 —ペアレントトレーニングとソーシャルスキルトレーニングを中心に— 第47回日本小児神経学会 熊本
- (11) 望月 珠美 (1998) 援助技術の心理 佐藤 泰正・山根 律子 編 福祉心理学 学芸図書
- (12) 吉田 友子 (2004) 高機能自閉症スペクトラムを持つ子どもへの医学心理学教育 —診断名告知の位置付けとその実際— 発達障害研究26: 174-84

【参考文献】

- 小枝 達也 (2004) 特別支援教育 —医療・保健からの支援— 日本医師会雑誌132: 488-92
- 前川 喜平 (1998) 注意欠陥・多動障害 小児科39: 909-19
- 松本 昭子・土橋 圭子 編 (2002) 発達障害児の医療・療育・教育 金芳堂
- 中根 晃 著 (1999) 発達障害の臨床 金剛出版
- Reitan RM, Wolfson D. (1994) A selective and

critical review of neuropsychological deficits and the frontal lobes. Neuropsychol Rev 4: 161-98

Sato M et al (2004) Behavioral outcome including ADHD/HD and minor neurological signs in perinatal high-risk newborns at 4-6 years of age with relation to risk factors. International Pediatrics46: 346-52

津山 直一 監 上田 敏、明石 謙、緒方 甫、安藤 徳彦 編 (2000) 標準リハビリテーション医学 第2版 医学書院

山下 裕史郎 (2005) ニューヨーク州立大バッファロー校におけるADHDの子どもと家族に対する包括的治療 日児誌109: 1301-7